



UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

TRABAJO FIN DE ESTUDIOS

Título

Las adicciones: una realidad conocida con un lado invisible

Autor/es

ALBA LOBATO MIRANDA

Director/es

MARÍA NEUS CAPARRÓS CIVERA

Facultad

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

Titulación

Grado en Trabajo Social

Departamento

DERECHO

Curso académico

2017-18



Las adicciones: una realidad conocida con un lado invisible, de ALBA LOBATO
MIRANDA

(publicada por la Universidad de La Rioja) se difunde bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported. Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los titulares del copyright.



TRABAJO DE FIN DE GRADO

**LAS ADICCIONES: UNA REALIDAD CONOCIDA CON UN
LADO INVISIBLE**

**AUTORA:
ALBA LOBATO MIRANDA**

**TUTORA:
NEUS CAPARRÓS CIVERA**

**GRADO EN TRABAJO SOCIAL
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES**

AÑO ACADÉMICO 2017-2018

RESUMEN

El consumo de drogas en España ha evolucionado considerablemente en las últimas dos décadas en cuanto a los tipos de consumo, y, sin embargo, su descenso ha sido ínfimo. La edad de inicio cada vez es menor y las edades de las personas con adicciones abarcan desde la adolescencia hasta la tercera edad, ambas inclusive. En La Rioja, el patrón de consumo por excelencia de los usuarios de los recursos es el poli consumo, comúnmente mezclando estimulantes con alcohol y/o psicotrópicos.

Por todo esto, se cree necesario actuar ante esta problemática y desde todas las áreas de atención, especialmente desde la intervención, pero sin olvidar la importancia de la prevención y de la reinserción. Ya que una prevención exitosa, garantizaría una disminución de futuros tratamientos y del coste que éstos suponen.

En el siguiente trabajo se presenta una aproximación a las estrategias de intervención con adicciones en La Rioja, dando cuenta de la normativa, los recursos existentes y/o programas, así como alguna propuesta futura de intervención.

Palabras clave: drogas, intervención, La Rioja, género, consumo, recursos, factores de riesgo.

ABSTRACT

Drug consumption in Spain has evolved significantly in the last two decades regarding consumption types. However, the drop in consumption was minimum. The age of onset is progressively lower, and the ages of addicts range from adolescence to old age, both of them included. In La Rioja, the consumption pattern par excellence shown by users of resources is poly-consumption, by mixing stimulants with alcohol and/or psychotropic drugs.

Therefore, there is a need for action to address this problem, and it is necessary to do so from all the areas of attention, especially from that of intervention, always keeping in

mind the important role of prevention and reintegration: successful prevention would ensure a decrease in future treatments and also in the costs associated to them.

This study provides an approach to addiction intervention strategies in La Rioja, taking the legislation and the existing resources and programs into account, as well as providing some future proposals of intervention.

Key words: drugs, intervention, La Rioja, gender, consumption, resources, risk factors.

ÍNDICE

RESUMEN	2
1. LA REALIDAD DE LAS ADICCIONES	5
1.1 INTRODUCCIÓN	5
2. OBJETO	6
3. OBJETIVOS	6
4. METODOLOGÍA	7
5. ADICCIONES: ACERCÁNDONOS AL ESTADO DE LA CUESTIÓN	8
6. LAS ADICCIONES EN CIFRAS	15
7. LA OTRA MIRADA	16
7.1 GÉNERO Y DROGADICCIÓN	16
8. HABLANDO DE COMPETENCIAS	20
8.1 TRABAJO SOCIAL Y DROGADICCIONES	20
9. ¿QUÉ PROTECCIÓN LEGAL TIENEN LAS PERSONAS CON ADICCIONES?	25
9.1 MARCO JURÍDICO	25
9.1.a Leyes estatales	26
9.1.b Leyes regionales	27
9.1.c Estrategias y planes	28
10. ¿DISPONEMOS DE TODO LO NECESARIO PARA UNA ATENCIÓN EXITOSA?	31
10.1 RECURSOS DE INTERVENCIÓN EN LA RIOJA	31
10.2 COMPARACIÓN DE RECURSOS	34
10.3 BUENAS PRÁCTICAS	37
11. ¿QUÉ ES LO QUE TENEMOS Y QUÉ PODEMOS HACER?	39
11.1 PROPUESTAS PARA UN FUTURO DE BUENAS PRÁCTICAS	42
12. BIBLIOGRAFÍA	45
13. ANEXOS	49
13.1 Anexo I: Entrevista abierta semiestructurada	49

1. LA REALIDAD DE LAS ADICCIONES

1.1 INTRODUCCIÓN

El ser humano, a lo largo de la historia siempre ha buscado diferentes modos para evadirse de aquello que le preocupa. En la sociedad actual, el estrés es el rey de nuestro día a día y cada vez se apodera más de nosotros. Vivimos inmersos en horarios, deberes, objetivos que cumplir, cuidados, cánones de belleza, “vidas perfectas” en redes sociales... y nos estamos olvidando de lo verdaderamente importante, que somos nosotros mismos.

Hay formas de evasión negativas, como son el consumo de drogas, que nos hacen crear temporalmente una realidad a nuestro gusto. *¿Qué estamos haciendo mal para no combatir este fenómeno?*

El siguiente Trabajo de Fin de Grado, es una aproximación a las estrategias de intervención con drogodependientes existentes en La Rioja. Se habla también de prevención, pero, centrándose en el ámbito de la intervención, ya que, interesa saber cómo se actúa una vez que la adicción ya está manifiesta.

La elección de este objeto de análisis ha sido motivada por varias razones:

En España, el consumo y tráfico de drogas ha sido siempre una problemática a nivel global. Ha habido épocas donde la situación se agravaba, como la epidemia de la heroína (Mur y Ortigosa, 2014), y otras en las que simplemente los daños no eran tan visibles o fulminantes.

En los últimos años el consumo se ha estabilizado e incluso se habla de un posible descenso, aunque no significativo, pero seguimos estando por encima en el ranking de la UE. (EMCDDA, 2017)

Centrándonos en La Rioja, la prevalencia de consumo también es alta y especialmente en las zonas rurales, donde no existen recursos suficientes ni ayudas para ello.

En nuestro país hay muchos recursos especializados en drogodependencias, y aun así no logramos que el consumo disminuya de una forma reveladora.

¿Cuál es la explicación?

Para ello se ha tratado de conocer los recursos riojanos más relevantes en esta materia, e intentar plantear una propuesta de intervención sobre esta realidad que se pretende modificar de cara al futuro.

2. OBJETO

El objeto de este estudio son las diferentes metodologías de intervención para pacientes/usuarios con drogadicciones en La Rioja. Ello relacionado con la eficacia y eficiencia de estas, enfocado a una propuesta de atención hacia el colectivo de personas dependientes de una adicción.

3. OBJETIVOS

➤ OBJETIVO GENERAL

- Conocer las estrategias de intervención para las personas con adicciones en La Rioja.

➤ OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer los recursos de atención existentes para este colectivo.
- Identificar carencias o aspectos a mejorar para garantizar un aumento de éxito de los programas y la reducción de recaídas y abandonos en el tratamiento.
- Plantear la posibilidad de diseñar un nuevo tipo de intervención centrado en mejorar los resultados actuales.

4. METODOLOGÍA

El primer paso a la hora de comenzar el diseño del trabajo ha sido de carácter exploratorio, para familiarizarse con la temática propuesta y verificar la viabilidad de la investigación.

Se ha realizado una revisión bibliográfica a través de un análisis documental. Para reforzar y afianzar la temática abordada, se han llevado a cabo entrevistas con profesionales directamente relacionados con este tema. Para ello se ha utilizado la técnica de la entrevista *ad hoc*¹ (incluida en anexos), de tipo abierta, donde, de forma libre, los entrevistados aportaron sus conocimientos en la materia y sobre su actividad profesional.

Las fuentes de información han sido:

- Primarias (aquellas que se obtienen con la observación directa) → a través de las entrevistas que se han realizado a los profesionales.
- Secundarias → documentos, estadísticas, planes, artículos, bases de datos, libros, etc.

Las entrevistas han sido realizadas a seis de los principales recursos existentes en La Rioja que tratan las adicciones. Estas son:

- Entrevista nº1 (E1): Trabajadora Social de A.R.A.D (Asociación Riojana para la Atención a personas con problemas de Drogas). (Logroño, La Rioja)
- Entrevista nº2 (E2): Dos Trabajadoras Sociales del S.G.P.M.A (Servicio de Gestión de Penas y Medidas Alternativas). (Logroño, La Rioja)
- Entrevista nº3 (E3): Trabajadora Social de la F.R.A.AR (Federación de Asociaciones de Alcohólicos en Rehabilitación de La Rioja). (Logroño, La Rioja)
- Entrevista nº4 (E4): Dos Trabajadoras Sociales del Hospital San Pedro. (Logroño, La Rioja)
- Entrevista nº5 (E5): Psicóloga clínica y Coordinadora Terapéutica de Proyecto Hombre La Rioja. (Logroño, La Rioja)
- Entrevista nº6 (E6): Coordinadora de Trabajo Social del Centro Penitenciario de Logroño. (La Rioja)

¹ Locución latina; literalmente '*para esto*'. "Para referirse a lo que se dice o hace solo para un fin determinado". – R.A.E

Tras la realización de las entrevistas, se ha llevado a la práctica la triangulación de datos; la técnica más común en la investigación social, ya que se ha realizado un análisis combinando las metodologías cualitativa y cuantitativa. Se aboga por el análisis de lo individual y lo concreto, a través de la interpretación y comprensión del actor social; y posteriormente, se hace un análisis cuantitativo de los datos.

Con todo ello, a lo largo del trabajo se tratará de responder a las siguientes cuestiones:

¿Realmente el consumo de sustancias está disminuyendo? ¿Cuál es la efectividad real de las intervenciones? ¿Las mujeres drogodependientes sufren discriminación social e institucional? ¿Las sustancias químicas son la “tercera epidemia”? ¿Qué fortalezas y debilidades tenemos en los recursos de La Rioja?

5. ADICCIONES: ACERCÁNDONOS AL ESTADO DE LA CUESTIÓN

Tras abordar la materia que aquí se plantea, se considera necesario definir previamente algunos conceptos que ayudarán a entender dicha realidad.

- Drogas:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004), droga es toda sustancia, que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce de algún modo una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y además es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

También, según la OMS, las sustancias psicoactivas, son sustancias que al ser tomadas pueden modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de un individuo. Estas pueden ser legales (alcohol, tabaco, fármacos, hipnosedantes...) o ilegales como, entre otras muchas, el cannabis, la cocaína, las anfetaminas y la heroína. Aunque la legalidad o ilegalidad de las drogas no corresponde con su peligrosidad, ya

que el tabaco y el alcohol son importante causa de mortalidad y discapacidad en países desarrollados.

Los avances en la neurociencia nos han permitido conocer mucho mejor los procesos físicos mediante los que actúan estas sustancias.

En los últimos años se asiste a la emergencia de nuevas sustancias (NPS en sus siglas en inglés y NSP en español) que, teniendo efectos psicoactivos, no están incluidas en la Convención de 1961 ni en la de 1971, por lo que su producción y consumo, pese a sus posibles y muchas veces graves efectos adversos, no son ilegales. Son sustancias, podría decirse, a-legales. (Infodrogas, 2018)

- **Consumo de drogas:**

Es el acto de consumir sustancias que hacen experimentar estados de lucidez y oscuridad mental, de excitación o de relajamiento en el ánimo, de euforia o pasividad y abulia a quien las ingiere. Se trata, como es sabido, de sustancias variadas que se engloban bajo la denominación común de drogas. (Zúñiga, 2005)

En los años 80 y primeros de los 90, la droga por excelencia era la **heroína**, sobre todo vía intravenosa. Poco a poco fue descendiendo su consumo, dejando consigo graves consecuencias de esa época, que, a día de hoy, todavía estamos sufriendo. No obstante, en los últimos años, está aumentando la atención a pacientes por consumo de heroína; pero esta vez, de forma inhalada o fumada. (E4)

Las **drogas de síntesis** son psicofármacos sintéticos (generalmente variantes de la amfetamina) estimulantes del sistema nervioso central. La más conocida es el éxtasis o MDMA, considerada desde 1985 una de las drogas más peligrosas por las Naciones Unidas. (PND, 2000)

El consumo de **cocaína** ha aumentado ligeramente en los últimos años, especialmente entre la población joven.

El **cánnabis**, junto con sus derivados (hachís, sobre todo), siguen siendo las drogas ilegales más consumidas en España. Cada vez la población joven empieza antes a consumirla. (E1)

El **alcohol** es, junto con el **tabaco**, la sustancia tóxica más consumida en España.

El patrón de consumo de los jóvenes de entre 15 y 28 años es de fin de semana.

De lo contrario, los mayores de 49 años consumen a diario; considerándose así el consumo más problemático. (PND, 2000)

- **Patrones de consumo:**

Muy frecuentemente tiende a identificarse al consumidor de sustancias como “adicto” y, sin embargo, hay diferentes tipos de vínculos de las personas con las sustancias sin ser todos ellos adicciones, ni necesariamente consumos problemáticos. (Infodrogas, 2018) (E3)

- El uso experimental: se consume una sustancia para probar sus efectos, y tras una serie de usos, se extingue el consumo.
- El uso regular o social: tras haber experimentado una sustancia, su consumo continúa hasta integrarlo en el estilo de vida habitual.
- El uso nocivo, definido por la OMS como un patrón de uso que causa daño, ya sea mental o físico.
- Abuso y dependencia, como enfermedades asociadas con el consumo de sustancias psicoactivas.

La mayor parte de población mundial no usa drogas. De entre quienes llegan a probarlas, un grupo las seguirá usando regularmente y, de estos, una fracción desarrollará patrones de uso nocivo y dependencia. (OMS, 2017)

Existen diferentes patrones en el desarrollo de los trastornos por dependencia. Clásicamente se describe un patrón evolutivo que se inicia con una actividad voluntaria, de uso social o recreativo y que en su inicio prevalece el efecto positivo y placentero.

En algunas personas, la motivación por consumir va cambiando. Por ejemplo, se puede comenzar por el deseo de experimentar placer, pasar a hacerlo para evitar cierto malestar y llegar a hacerlo para sentirse bien o incluso “normal”. Todo ese proceso implica un aumento de la intensidad de la dosis y la frecuencia de consumo. (E1)

Finalmente, una proporción de consumidores pierde el control sobre el uso y se tornan compulsivos e incapaces de dejar de usar las drogas a pesar de ser conscientes del daño que les producen. (E3)

Esta transformación de patrón de consumo que comienza en uso pasa por uso problemático y desemboca en una dependencia o adicción, está relacionada con los factores de riesgo y protección que influyen sobre el individuo, su entorno, y la sustancia en sí. La interrelación entre la persona, el entorno social y la sustancia consumida, así como las consecuencias que se derivan de su patrón de consumo, comprende un amplio espectro de posibles combinaciones y resultados.

Por ejemplo, hay usuarios que los fines de semana vuelven a su entorno, donde habitualmente consumían, con las personas con las que consumían y con muchos factores que les recuerdan a esos hábitos, y recaen una y otra vez. (E5)

- **Drogadicción:**

La mayor parte de las personas decide de manera voluntaria iniciar el consumo de drogas, pero con el tiempo, los cambios en el cerebro provocan que llegue a ser la droga la que “decida por él/ella” (E5)

La drogadicción es considerada una enfermedad crónica del cerebro, a menudo con recaídas, caracterizada por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas a pesar de las consecuencias nocivas para la persona adicta y para los que le rodean. Se considera una enfermedad del cerebro ya que las drogas acaban modificando su estructura y funcionamiento. (NIDA, 2014)

- **Síndrome de abstinencia:**

Se entiende este síndrome como el conjunto de síntomas provocados en el organismo ante la retirada brusca de una sustancia. Dependiendo de cuál sea, los síntomas serán físicos, psicológicos o aparecerán ambos simultáneamente. (Castillero, 2018)

El organismo se habitúa a una sustancia y por ende se genera una tolerancia a la misma hasta llegar a un punto en el que el cuerpo funciona bien con ella.

Los síntomas suelen ser generalmente opuestos a los que aparecerían en caso de intoxicación. Aparece el llamado “craving” o deseo, y ansia intensos de consumo; y por otro lado temblores, espasmos, cefaleas, dolor muscular, náuseas y vómitos, mareos, agitación o alucinaciones.

La evolución de la sintomatología, así como su intensidad, dependerán del tipo de sustancia, la cantidad y frecuencia de consumo, y por supuesto, del nivel de dependencia y adicción del sujeto.

- **Patología dual:**

Es la denominación aplicada, en el campo de la salud mental, para aquellos sujetos que sufren de forma simultánea o a lo largo de su ciclo vital, una adicción y otro trastorno mental. (Szerman y Martínez-Raga, 2015)

A veces es complicado diferenciar qué va primero: el trastorno o la adicción.

Hay casos, sobre todo en jóvenes con TDH, que recurren a la droga para calmarse, con THC y para sobre estimularse, curiosamente con anfetaminas. (E5)

Por otro lado, están los que desarrollan un trastorno mental debido al consumo de sustancias porque había predisposición genética.

También hay casos en los que se desarrollan problemas mentales durante el consumo. Una vez extinguido, automáticamente desaparecen. Como son, por ejemplo, los brotes psicóticos. No obstante, si el consumo permanece, puede derivar en un problema grave de salud mental. Por ejemplo, en una esquizofrenia.

Cada vez hay más casos de patología dual, ya que las sustancias más consumidas hoy en día son destructivas para el cerebro: estimulantes, psicotrópicos, etc. En los años 80 y principios de los 80, la heroína arrasó con miles de vidas y dejó unas secuelas físicas

obvias. Pero ahora, las drogas dejan más secuelas psíquicas que físicas y ello provoca muchos trastornos mentales. (E5)

- **Factores de riesgo y factores de protección:**

Los factores de riesgo y protección interfieren en muchos ámbitos de la vida, propiciando el desarrollo de unas conductas u otras.

Con respecto a las adicciones, según Becoña (2007):

- Factor de riesgo: un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento).
- Factor de protección: es un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad de uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento).

Como bien sabemos, la mayoría de las conductas adictivas comienzan en la adolescencia y los factores de riesgo y de protección pueden afectar a los niños durante diferentes etapas de sus vidas. En cada etapa, ocurren riesgos que se pueden cambiar a través de una intervención preventiva. Se pueden cambiar o prevenirlos riesgos de los años preescolares, tales como una conducta agresiva, con intervenciones familiares, escolares, y comunitarias dirigidas a ayudar a que los niños desarrollen conductas positivas apropiadas. Si no son tratados, los comportamientos negativos pueden llevar a riesgos adicionales, tales como el fracaso académico y dificultades sociales, que aumenten el riesgo de los niños para el abuso de drogas en el futuro.

- **Percepción de riesgo:**

En literatura, las definiciones de riesgo son escasas. El riesgo se configura a partir de la información y las experiencias de vida que una persona va acumulando y se puede entender desde los planos real o subjetivo y desde las vertientes individual y colectiva. (García, 2012)

Según Pastor (citado en García, 2012), se trata de un proceso cognitivo que descansa en la información de cada persona acerca de diferentes cuestiones como contextos, otras personas, objetos, y que procesa de forma inmediata organizándose un juicio o valor. Además, ese juicio o valor será condicionante de su comportamiento.

Algunos factores que configuran dicha percepción son:

- Los perceptivos.
- Las experiencias personales.
- Las creencias y actitudes.
- Los estereotipos.
- Etc.

En el ámbito de las conductas adictivas, y especialmente desde las adicciones químicas, la percepción de riesgo se ha considerado una variable principal en la iniciación y mantenimiento del consumo de drogas.

Una de las tendencias más comunes en el comportamiento tipo de consumo, es la de intentar controlar el riesgo. Es el llamado “mito del control”, que provoca a su vez una disminución de la percepción del riesgo. (Cortés, Espejo, Giménez, Luque, Gómez y Motos, 2011)

- **Eficacia y eficiencia:**

En el caso concreto de Salud Pública [...] se aprecia en ocasiones que no se distingue si se está hablando exactamente de algo eficiente, de algo eficaz, o si los términos se están utilizando como si fueran sinónimos. (Bouza, 2000)

- **Eficiencia:** Virtud y facultad para lograr un efecto determinado, alcanzar un propósito. (RAE, 1992)

Es la relación entre recursos y resultados bajo unas condiciones reales, evaluándose a partir de comparaciones.

- **Eficacia:** Virtud, actividad, fuerza y poder para obrar. (RAE, 1992)

Tener la capacidad de ejecución necesaria para ello. Es la relación entre los objetivos planteados y los resultados obtenidos sin tener en cuenta los recursos de los que se dispone. Todo ello considerándose como ideal.

Con todo ello lo que se quiere medir es la efectividad de las intervenciones, considerándola como el logro del propósito planteado bajo las condiciones reales del lugar donde se llevó a cabo. Y a su vez, teniendo en cuenta la respuesta de los pacientes.

6. LAS ADICCIONES EN CIFRAS

En España, las drogas más consumidas son las legales: el alcohol y el tabaco con un 77,6% y un 40,2% respectivamente, seguidas de los hipnosedantes con o sin receta con un 12%. (EDADES, 2015)

La prevalencia de consumo de sustancias ilegales se ha mantenido relativamente en los últimos años: aproximadamente un tercio de los adultos admite haber consumido en algún momento de su vida alguna sustancia ilegal. (EMCDDA, 2017)

El cannabis y la cocaína son las sustancias ilegales más consumida entre los españoles adolescentes y menores de 35 años. Aun habiendo disminuido la prevalencia de consumo en los últimos diez años, los niveles de consumo son más altos que otros países de la UE.

La prevalencia de consumo de cannabis entre alumnos españoles de 15-16 años es superior a la media europea. ESPAD, (citado en EMCDDA, 2017) Además, tienen muy baja percepción de riesgo y muy alta disponibilidad de sustancias.

El consumo de sustancias ilegales, en general, sigue siendo más alto entre hombres que entre mujeres. El policonsumo está muy extendido, concentrándose en hombres de entre 25 y 34 años, con un 90% de alcohol y cannabis. (EDADES, 2015)

En La Rioja:

En La Rioja, en 2018, hay cerca de 315.794 habitantes en total, de los cuales 150.876 se concentran en la capital, Logroño.

Se calcula que aproximadamente un 2,52% de la población mayor de 15 años (unos 5.796 sujetos) consume **drogas ilegales**. De los cuales, a su vez, se estima que 3.470 consumen **cannabis** y 1.450 consumen **cocaína**. (PRD, 1999)

Las **zonas más destacadas** en cuanto a demandas de tratamiento por dependencia a los opiáceos son Calahorra, Haro y la zona del casco antiguo de Logroño.

En 2015, la encuesta EDADES, amplió la muestra de estudio en La Rioja añadiendo 319 encuestas, realizando en total 739.

En nuestra comunidad, la prevalencia de consumo de **cannabis** entre la población de 14 a 18 años es inferior a la media nacional. En cambio, el consumo de alcohol es más alto. (III Plan de Salud de La Rioja, 2015-2019)

El **tabaco** y el **alcohol** son dos de los cinco principales factores de riesgo en la población de La Rioja, con un 24,4% y un 67% respectivamente. (ENSE, 2011-2012) El 5% de la población riojana son bebedores excesivos (11.503 personas) (PRD, 1999). Ello supone que su patrón de consumo sea de uso nocivo, definido por la OMS como un patrón de uso que causa daño, ya sea mental o físico.

7. LA OTRA MIRADA

7.1 GÉNERO Y DROGADICCIÓN

La idea de que las supuestas diferencias biológicas entre hombres y mujeres tienen su correlato en la organización social, están muy arraigadas en el pensamiento occidental.

Esta idea está legitimando un orden social en el que las mujeres ocupan un lugar de subordinación. (GPV, 2009)

De ahí el interés desde la teoría feminista en distinguir entre sexo y género.

- Sexo: características morfológicas del cuerpo (genitalidad, aparato reproductor, diferencias hormonales, etc.)
- Género: elaboración cultural de lo femenino y lo masculino. Es la construcción cultural de las características biofisiológicas percibidas.

7.1.1 Perspectiva de género

Introducir la perspectiva de género en un ámbito de intervención, significa tener en cuenta, de manera sistemática, que mujeres y hombres responden a condicionantes

diferentes. Y como consecuencia, hay que tratar desde la diferencia para llegar a alcanzar la igualdad.

Está claro que como en otros ámbitos, las mujeres no son vistas ni tratadas de igual forma que los hombres.

Una de las características que conforma el concepto de masculinidad, es relacionarla con el consumo de sustancias. El consumo de sustancias desde décadas atrás está mejor visto en hombres que en mujeres y por ello las mujeres consumidoras, aún a día de hoy, (aunque no en la misma medida), se siguen “escondiendo”. Y por consecuencia, son un porcentaje mínimo entre los usuarios de los recursos de adicciones. (E1; E2; E3; E4; E5; E6)

Hay muchos estudios que demuestran la importancia de la variable género a la hora de estudiar las diferencias y desigualdades en morbilidad, mortalidad y hábitos nocivos para la salud. Durán; Hernández Pedreño; Regidor y otros; Rodríguez y De Miguel (citados en Hernández y Solano, 2007).

“Hay que tener en mente la perspectiva de género a la hora de intervenir porque las mujeres somos diferentes a los hombres biológica, y, sobre todo, socialmente. [...] Las mujeres que son madres y son consumidoras están señaladas por el: *mala mujer, mala hija, mala madre...* Y por eso consumen de puertas para adentro. En cambio, eso con los hombres no pasa.” (E5)

“Tenemos casos de mujeres consumidoras de hipnosedantes, pero es la sustancia menos común en el recurso ya que la consumen en casa por el miedo al qué dirán.” (E1)

Así como hay diferencias en los consumos por edades, por género pasa lo mismo. Los varones suelen ofrecer mayores consumos en casi todas las sustancias y, por otro lado, influyen otras variables, como el tipo de sustancia consumida (legal, ilegal, etc.) Por ejemplo, entre los usuarios de A.R.A.D, las sustancias más consumidas entre los hombres son la heroína y los estimulantes y entre las mujeres el alcohol y, en algún caso, los hipnosedantes. (E1)

Por lo que se refiere a drogas legales más extendidas (alcohol y tabaco) su consumo aumenta cuando se es hombre, joven y de mediana edad, activo desde un punto de vista

económico, además de estudiante, sin una identificación clara entre tendencia ideológica y religiosa, también cuando se viven situaciones personales problemáticas o se tiene un grado de satisfacción personal deficiente.

Sin embargo, el consumo de hipnosedantes aumenta cuando se es mujer, de mediana edad y mayor, ama de casa y pensionista y, también, cuando se tienen situaciones personales difíciles. Megías (citado en Hernández y Solano, 2007).

La universalidad de estos patrones puede derivar en una creencia causal residente en las diferencias biológicas. Pero *¿qué papel juega aquí la cultura y la sociedad?*

Sin embargo, un dato curioso, es que en los profesionales que han sido entrevistados, afirman que, en sus respectivos recursos, las tasas de consumo de alcohol entre los usuarios son más altas en mujeres que en hombres. La Trabajadora Social de la F.R.A.A.R afirmó que las mujeres experimentan tasas más altas de adicción al alcohol que los hombres, sólo que no van a los recursos.

“La sustancia que más consumen las mujeres aquí es el alcohol.” (E5)

Una idea bastante común, es que el aumento del consumo de alcohol en mujeres se debe a que estas cada vez asumen actividades que antaño eran propias de los hombres. Entonces *¿por qué asumen unos patrones de consumo y no otros? ¿habrá alguna razón biológica que lo justifique?*

En 2004, se llevó a cabo un estudio titulado *La percepción social de los problemas de drogas en España*. En él se reflejó que los hombres asociaban el consumo de sustancias a la diversión y a hacerlo por gusto; mientras que las mujeres lo asociaban a problemas de familia o en el trabajo.

En cuanto a los programas de intervención, desde un principio fueron diseñados para tratar la adicción masculina. Por ello, se lucha para conseguir la igualdad de género en el tratamiento de las adicciones y, sobre todo, la visibilidad de las mujeres en este ámbito. Por lo general se atiende a una mujer por cada cuatro hombres. (PND, 2007)

Tras realizar la media de los porcentajes que diferencian el número de hombres y mujeres usuarios/as de los recursos de Logroño, el resultado es:

- Un 83,59% hombres.

- Un 16,41% mujeres.

Tabla 1: *Diferencia de género de los usuarios en los recursos riojanos.*

Recursos	Hombres	Mujeres	TOTAL
A.R.A.D	82,96%	17,04%	264 usuarios/as
S.G.P.M.A	95%	5%	60 usuarios/as
F.R.A.A.R	70%	30%	100 usuarios/as (aprox.)
H. SAN PEDRO	---	---	---
PROYECTO HOMBRE	85%	15%	418 usuarios/as
C. PENITENCIARIO	85% (aprox.)	15% (aprox.)	40 (aprox.)
	83,59%	16,41%	100%

Fuente: elaboración propia a partir de las entrevistas.

Las mujeres drogodependientes tardan más en solicitar ayuda, entrando con más edad en la red asistencial. Castaños, M. et al., (citado en Bastón, Gómez y Couñago, 2009)

A la hora de diseñar las intervenciones individualizadas hay que tener en cuenta el rol de madre, de aquellas que lo son y la presión que se les impone para que lo asuman, solventando los conflictos que puedan surgir. Esto en cambio, con los hombres, independientemente de que sean padres, no pasa. (Bastón et al., 2009) En este mismo estudio, se observó la necesidad de trabajar la dependencia afectiva con ambos sexos, ya que cuando se establecían relaciones entre ellos, o abandonaban conjuntamente o aumentaba el porcentaje de altas terapéuticas en ambos.

7.1.2 Violencia de género y consumo de sustancias

Es difícil encontrar datos estadísticos que relacionen estos factores directamente, pero sí se refleja cierta relación entre el consumo de sustancias y la violencia de género. Ambos son conceptos pertenecientes al concepto de masculinidad propio de nuestra

cultura. Y en muchos casos está relacionado el consumo con casos de violencia. En A.R.A.D presencian muchos casos de violencia de género relacionados con el consumo de sustancias. Con dichos usuarios, se trabaja primero la adicción en sí, y después el patrón de comportamiento violento. (E1)

En la F.R.A.A.R también han contemplado algún caso de violencia de género relacionado siempre con situaciones en las que el individuo se encontraba ebrio. (E3)

En el Centro Penitenciario también tienen un programa destinado a tratar la violencia y algunos casos están relacionados directamente con el consumo de sustancias. (E6)

8. HABLANDO DE COMPETENCIAS

8.1 TRABAJO SOCIAL Y DROGADICCIONES

El ámbito de las drogodependencias se empieza a considerar propio del Trabajo Social una vez que su concepto se actualiza en cuanto a su interpretación. Una adicción debe entenderse por una conducta que se convierte en desviada y disfuncional, propia del sujeto que la desarrolla, y que a su vez interactúa con un contexto determinado. Dicho contexto también es agente en el proceso y al que también repercute.

De igual forma, en diferente medida, es propio de otras disciplinas como la psicología, el derecho, la medicina, etc. (Mayor, 1995)

Dentro de una intervención en este ámbito, el trabajador social puede abarcar diferentes puestos, ya que es una profesión y un equipo de carácter multidisciplinar. Ello dependerá del tipo de intervención o de la fase del proceso de cada usuario y su entorno; y sobre todo del tipo de institución en la que se desempeñe la actividad (institución pública, ONG, etc.)

El trabajador social, por separado, al igual que el resto de los profesionales, llevará a cabo la recogida de información en la fase de acogida y el diagnóstico de su área de intervención. Todas ellas se unen y se elabora el diagnóstico completo para efectuar la planificación, con sus respectivos objetivos por áreas, la ejecución del tratamiento y la evaluación. (E1; E2; E3; E4; E5; E6)

Se deben destacar aquellas tareas en la que esta disciplina es protagonista a lo largo de todo el proceso.

En la evaluación multidimensional se tienen en cuenta siete ejes sobre los que el trabajador social tiene un papel importante. Algunas de las actuaciones en las que el peso del trabajador social es mayor con respecto a las otras disciplinas implicadas, son (Instituto de Adicciones de Madrid, 2012):

1. Salud y autocuidado:

- Recepción y elaboración de informes.
- Asesoramiento sobre posibles recursos (específicos y no específicos) a utilizar.
- Refuerzo del papel de la familia como figura clave de apoyo y acompañamiento en el proceso de atención.
- Intervención en crisis fuera de agenda.

2. Psicopatología:

- Coordinación con entidades y recursos adecuados a las necesidades de los pacientes para favorecer la aceptación y apoyo a los mismos.
- Apoyo y refuerzo de las conductas de acercamiento y utilización de recursos y de socialización.

3. Consumo:

- Seguimiento y refuerzo de resultados positivos en controles toxicológicos.
- Detección de situaciones o estresores sociales facilitadores de recaída y darlos a conocer al equipo técnico.
- Dar apoyo, contención y motivación al paciente para su implicación en el tratamiento y el cambio.
- Dar pautas para el cambio de hábitos de relación social (entorno de consumo y riesgo).

4. Familiar:

- Clarificación del papel que juega el síntoma de la drogodependencia en la estructura familiar.
- Apoyo a la familia para enfocarse en respuestas alternativas conductuales, saludables y adaptativas, partiendo de la capacidad resiliente del sistema familiar.

- Facilitación del establecimiento de vías de comunicación incidiendo en aquellos casos en los que las relaciones se encuentren muy deterioradas por el proceso del drogodependiente.
- Acompañamiento a la familia en el proceso, promoviendo cambios para superar posibles situaciones de ansiedad, bloqueos o situaciones críticas.

5. Socio-relacional:

- Valoración junto con el usuario de su red social, de sus posibles riesgos o potencialidades y de su nivel de integración social; así como de la existencia o no de relaciones de apoyo fuera del ámbito de consumo.
- Asesoramiento al usuario para el conocimiento y ejercicio de sus derechos y deberes como individuo.
- Coordinación con los recursos comunitarios para favorecer el acceso, el buen uso de estos y facilitar la integración social. Del mismo modo se hará con los recursos de apoyo jurídico, instituciones penitenciarias y otros agentes judiciales.
- Apoyo en la gestión de la autonomía económica (plan de ahorro, tramitación de ayudas, ...)

6. Formativo-laboral:

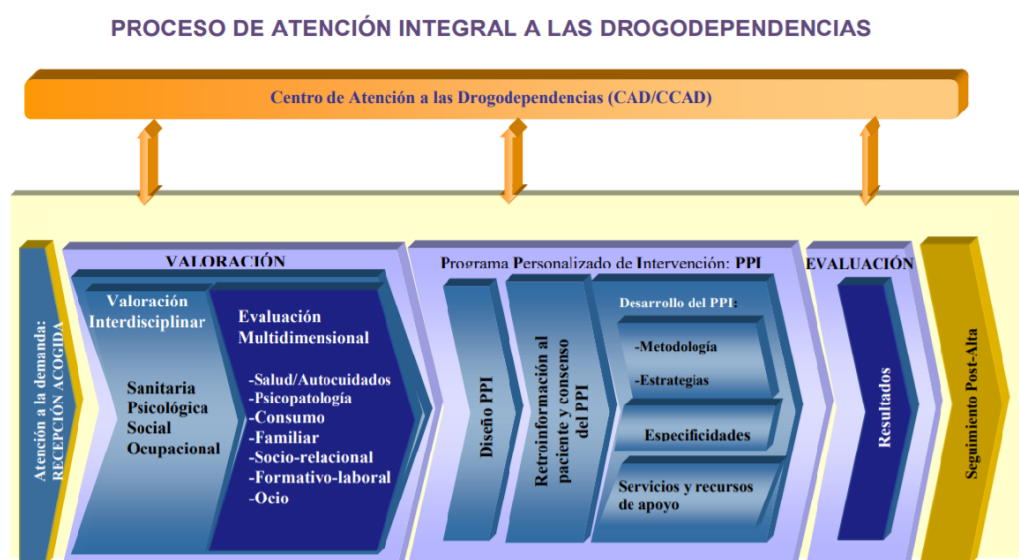
- Apoyo al paciente en el análisis de su nivel de empleabilidad y expectativas para que tome conciencia de su nivel real.
- Análisis junto con el paciente de sus potencialidades y dificultades de cara a su inserción laboral.
- Coordinación con el técnico de empleo del Servicio de Orientación Laboral.
- Seguimiento de todo el proceso.

7. Ocio:

- Información y orientación sobre los recursos de ocio del distrito/ciudad y sobre la adecuación a las necesidades y características del paciente (coste, adaptado a discapacidad, de fomento de la socialización, ...)
- Coordinación con asociaciones y ONG orientadas al desarrollo de un ocio saludable.

Por otro lado, se deben tener claras las fases del proceso de atención, el orden de las mismas y, sobre todo, entender como paulatino el paso de una a otra para lograr los objetivos planteados.

Cuadro 1: *Proceso de atención integral a las drogodependencias*



Fuente: Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid, 2012.

Así como en el proceso de intervención explicado previamente, el Trabajo Social también está presente en el resto de las áreas de atención, realizando diferentes tareas en cada una de ellas: (Mayor, 1995)

○ Área de prevención:

Es la primera fase y la más decisiva, ya que, si es efectiva, también será la última. Se basa en potenciar los factores de protección del sujeto y reducir los factores de riesgo que puedan derivar a un consumo o abuso.

Se debe intervenir, como se ha mencionado antes, con el sujeto, su entorno y la sustancia en sí, ya que los tres presentan factores de riesgo y protección que determinarán en un consumo u en otro.

- Área de intervención:

En ella se tratan los diferentes patrones de consumo: uso, abuso y dependencia. Sus objetivos son:

- La supresión del consumo o abstinencia absoluta, que es el periodo de desintoxicación. La dependencia del sujeto es total y de tipo psíquico y físico.
- La reducción del consumo o consumo controlado, según el nivel de dependencia del sujeto. Es el proceso de deshabitación o mantenimiento, donde sólo hay dependencia psíquica.
- La sustitución de una sustancia por otra cuyos efectos son más benignos. Por ejemplo, los programas de dispensación de metadona.

- Área de reinserción:

Es la fase final de la intervención, donde la actividad ya no gira en torno a la sustancia y los profesionales no están presentes constantemente, sino que apoyan en un segundo plano.

El momento de inicio es impreciso, ya que todo es un proceso. Simplemente tiene que estar implantada la conducta abstinente y haber tenido éxito en la fase de mantenimiento.

El objetivo principal es lograr la reinserción del sujeto en sus contextos naturales como son la familia, el trabajo, la zona en la que vive y la sociedad en general. Desde el Centro Penitenciario de Logroño, consideran muy importante el proceso de reinserción social de los penados y en especial de los drogodependientes. Encuentran lagunas en la atención de este proceso siendo para ellos clave en la intervención. (E6)

En estos casos, es muy complicado, ya que los individuos tienen que cambiar su vida totalmente retornando al lugar donde consumían. El recuerdo afecta de manera negativa en el cerebro adicto y puede ser muy fácil la recaída. (E6)

Para ello, se emplean instrumentos propios del Trabajo Social, aunque no exclusivos de la profesión:

- Instrumentos sociales:

No existen de forma estricta en el ámbito de las drogodependencias, pero constituyen procedimientos claves de la intervención. Ellos son:

- a) Métodos y técnicas legislativas, administrativas y policiales de control de la oferta.
- b) Programas de prevención orientados al cambio de actitudes, creencias y valores de la sociedad; incluyendo los específicos de modificación de conducta y de patrones de consumo.
- c) Programas específicos de reinserción laboral y familiar; y generales de readaptación social.

- Instrumentos psicosociales:

Defienden que los factores psicosociales del individuo son los principales responsables de la adicción. Se centran en evitar problemas en este ámbito y en el desarrollo de habilidades sociales para mejorar la relación del individuo y su entorno.

9. ¿QUÉ PROTECCIÓN LEGAL TIENEN LAS PERSONAS CON ADICCIONES?

9.1 MARCO JURÍDICO

Toda intervención necesita de un marco normativo que dé cobertura a las actuaciones sobre la materia en cuestión. Para el caso que aquí ocupa, las adicciones, se recogen, a continuación, aquellas leyes que se consideran más relevantes, tanto a nivel internacional, nacional o de ámbito autonómico; y también sobre los planes que se han ido desarrollando.

Se valora también como clave, la regulación de esta materia y sus respectivas modificaciones, ya que en la atención a las drogodependencias se perciben lagunas que no garantizan su efectividad. Por ello, se debe empezar desde el ámbito legal para garantizar una evolución exitosa de cara al futuro.

9.1.a Leyes estatales

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución. (art.1.1)

- Ley 1/1992 de 21 de febrero, sobre Protección de la Seguridad Ciudadana, cuya finalidad es asegurar la convivencia ciudadana, la erradicación de la violencia y la utilización pacífica de las vías y espacios públicos, así como la de prevenir la comisión de delitos y faltas. (art. 1.2)

Dicha Ley establece que son objeto de sanción administrativa el consumo en lugares públicos y la tenencia ilícita de drogas ilegales, aun cuando sea para consumo propio, así como el abandono en dichos lugares públicos de los útiles o instrumentos utilizados para el consumo de tales drogas. A día de hoy, la tenencia mínima es sancionable por vía administrativa con una multa de 601 a 30.000 euros.

Por otro lado, contempla la posibilidad de suspender la ejecución de dichas sanciones, siempre y cuando el infractor se someta a un tratamiento de deshabituación, rehabilitación o actividades reeducativas en un centro o servicio debidamente acreditado.

- Ley 31/1995 de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

Su objeto es promover la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la aplicación de medidas y el desarrollo de las actividades necesarias para la prevención de riesgos derivados del trabajo. (art 2.1)

- Ley 3/1996, de 10 de enero, sobre medidas de control de sustancias químicas catalogadas susceptibles de desvío para la fabricación ilícita de drogas.

Establece un control administrativo sobre las actividades que tienen por objeto las referidas sustancias, a través de imponer diversas obligaciones.

- Ley Orgánica 5/1999, de modificación de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.
Extiende la aplicación de la entrega vigilada a los precursores y a las ganancias obtenidas con el tráfico de drogas.
- Ley 42/2010 de 30 de diciembre por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

Su objeto se centra en proteger la salud de la población y promover los mecanismos necesarios para la prevención y el control del tabaquismo.

9.1.b Leyes regionales

- Ley 5/2001, de 17 de octubre, sobre drogodependencias y otras adicciones.

Sus principios rectores son la flexibilización, la globalización, la integración de las acciones contra la drogodependencia, la corresponsabilización, la planificación y la participación como esencia de las actuaciones de esta ley.

Tiene por objeto (art 1):

- a) La ordenación general, en el marco de las competencias que estatutariamente corresponden al Gobierno de La Rioja, y dentro de su ámbito territorial, del conjunto de actuaciones encaminadas a la prevención, asistencia, inserción social y laboral de personas con drogodependencias y otras Adicciones. También la regulación de las medidas de control de la oferta de sustancias potencialmente adictivas de otros productos que pueden generar adicción.
- b) La regulación general de las funciones y competencias en la materia de las Administraciones Públicas, entidades privadas e instituciones, como marco de referencia para la necesaria cooperación y coordinación en la prevención, asistencia e inserción social de drogodependientes.
- c) La protección a terceras personas de los perjuicios que puede causarles el consumo de sustancias psicotrópicas o uso de productos adictivos.

- d) La configuración del Plan Riojano de Drogodependencias y otras adicciones como el instrumento estratégico para la planificación y ordenación de actuaciones que en materia de drogas se llevan a cabo en La Rioja.
- e) La regulación de los derechos de las personas drogodependientes.

9.1.c Estrategias y planes

➤ De ámbito europeo:

- Plan de Acción europeo para la reducción del daño del consumo de alcohol (2012-2020). La OMS tiene como objetivo reducir el consumo nocivo de alcohol.
- Estrategia Europea en materia de Drogas (2013-2020). Pretende reducir los riesgos y daños sanitarios y sociales que causan las drogas por medio de un enfoque estratégico que apoya y complementa las políticas nacionales, proporciona un marco para la actuación conjunta y coordinada y constituye la base y el marco político de la cooperación exterior de la UE en este ámbito.
Algunos de sus objetivos son:
 - Contribuir a la desarticulación del mercado de drogas ilegales y a una reducción cuantificable de la disponibilidad de estas.
 - Fomentar la coordinación mediante un discurso y análisis activos de la evolución y los retos que se plantean en el ámbito de la droga a nivel internacional y de la UE.
 - Contribuir a una mejor difusión de los resultados del control, la investigación y la evaluación, y a una mejor comprensión de todos los aspectos del fenómeno de la droga y del impacto de las intervenciones a fin de proporcionar datos empíricamente contrastados, sólidos y generales que fundamenten las medidas y acciones.
 - Etc.
- Plan de Acción de la UE en materia de lucha contra la droga (2017-2020). Surgió tras detectar la necesidad de un enfoque equilibrado que redujera la oferta y la demanda de droga, basándose en los principios fundamentales que legislan la UE:

libertad, democracia, dignidad, etc. Con ello, se pretende proteger y mejorar el bienestar de la sociedad y del individuo, proteger la salud pública y ofrecer un alto nivel de seguridad para el público en general.

Con él, se establecen las actuaciones pertinentes para lograr los objetivos de la Estrategia anterior, correspondientes a dos ámbitos:

- Reducción de la oferta y la demanda de drogas.
- Coordinación, cooperación internacional e información, investigación, seguimiento y evaluación; los tres temas transversales de la Estrategia.

➤ De ámbito nacional:

- ***Plan Nacional sobre Drogas (2000)***, creado en 1985.

Su misión es el diseño, establecimiento, ejecución y evaluación de las políticas que, en materia de adicciones, son desarrolladas desde las Administraciones Públicas y entidades sociales en España. Su última actualización se llevó a cabo en el año 2000.

Es competente en todas las acciones relacionadas con las adicciones y principalmente con aquellas sustancias y conductas que pueden desembocar en una dependencia. Por otro lado, también en las que además de influir en el terreno individual, lo hacen en el familiar y social, repercutiendo negativamente en la Salud Pública y en toda su sociedad.

- *Estrategia Nacional sobre Drogas (2017-2024)*. Apoya y está fundamentada en la Estrategia anterior (2009-2016). Caracterizada por ser la primera Estrategia Nacional que incluye actuaciones frente a la adicción sin sustancia: a las nuevas tecnologías, el juego y los videojuegos. Destaca a su vez, por priorizar sus actuaciones en los menores, las mujeres y las personas mayores de 64 años con problemas de adicciones; además de hacer especial énfasis en el enfoque de género.
- *Plan de Acción sobre drogas (2013-2016)*. Pone en su desarrollo la Estrategia Nacional sobre Drogas (2009-2016) y se enmarca en la Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga (2013-2020). Además, respeta los planes y actuaciones de las diferentes Comunidades Autónomas. En él, se incluyen

novedades con respecto al Plan de Acción anterior que correspondía a los años (2009-2012).

Para ello, se buscó el consenso de todos los actores implicados, constituyendo un grupo de trabajo y contando con la opinión de las ONGs del sector, expertos en la materia, agentes sociales, Centros Directivos implicados como Centros Penitenciarios, Tráfico, Salud Pública, etc.

➤ De ámbito regional:

- Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones (1999). Instrumento de trabajo donde se recoge el programa de actuación en el ámbito de las drogodependencias y otras adicciones de nuestra Comunidad Autónoma. Se expone la programación de varios ámbitos de intervención, como Atención Primaria, Inserción Sociolaboral, Atención y Asistencia Comunitaria, Salud Mental, etc.
- Plan Riojano de Tabaquismo (2009-2013). Documento de carácter preventivo, que surge como el primer documento estratégico sobre tabaquismo en La Rioja, una vez Salud sitúa la lucha contra el tabaquismo como una de sus prioridades.
- III Plan de Salud de La Rioja (2015-2019). Nace con el objetivo de mejorar el punto de vista sanitario y el de sociedad del estado de bienestar; y por supuesto basándose en la creencia de un modelo sanitario público, equitativo, eficiente y con las mismas garantías para todos los ciudadanos. En él, se analiza la situación del consumo de sustancias en La Rioja, comparándola con el resto de España y se establecen objetivos para una mejora futura.

➤ De ámbito municipal:

- III Plan Municipal de Drogas de Calahorra. La última actualización del plan, en el año 2017, donde se abarcan acciones en prevención, asistencia e inserción sociolaboral. Es un plan integral, multidisciplinar y multi-institucional, que se dirige

a toda la comunidad, especialmente a: jóvenes en edad escolar, profesionales de los Servicios Sociales, Padres y profesores de alumnos, Policías Municipales, familias, miembros y profesionales en materia de drogas, etc.

- III Plan Municipal de Drogas de Arnedo (2011-2014), creándose con el objetivo de que todos los medios municipales trabajen por y para prevenir el consumo de sustancias, implicando con la misma importancia a la familia, la escuela, las instituciones públicas y privadas, las organizaciones sociales, los medios de comunicación y la ciudadanía en general. Se dirige a todo el municipio, y en especial, hacia las personas no consumidoras de entre 0 y 24 años.

10. ¿DISPONEMOS DE TODO LO NECESARIO PARA UNA ATENCIÓN EXITOSA?

10.1 RECURSOS DE INTERVENCIÓN EN LA RIOJA

En La Rioja, disponemos de gran variabilidad de recursos a la hora de intervenir en materia de drogodependencias, en proporción al tamaño de nuestra comunidad. (Infodrogas, 2018)

Se van a exponer todos ellos, haciendo hincapié en aquellos que han proporcionado información clave para este trabajo.

○ Consejería de Salud y Servicios Sociales.

Dirección General de Salud Pública y Consumo.

- Programas de prevención de drogodependencias en el medio escolar, familiar y laboral.
- Programas de prevención a través de las TIC.
- Programas en materia de tabaco.
- Oficina de información y documentación.
- Programas en materia de salud y prevención de las drogodependencias en el ámbito municipal.

- Programas de reducción de riesgos y daños.

- **Servicio Riojano de Salud**

Unidades de Salud Mental y Conductas Adictivas de La Rioja.

- Atención e información sobre drogodependencias.
- Tratamiento de adicciones.
- Programa de dispensación de metadona.

Desde Atención Primaria, se facilita la detección, intervención breve y/o derivación al recurso más adecuado para cada caso.

- **Asociaciones y colegios oficiales profesionales**

Colegio Oficial de Farmacéuticos:

- Colaboración en la gestión del programa de dispensación de sustitutivos opiáceos a través de las oficinas de farmacia.

Proyecto Hombre:

- Centro de Día: información, orientación, tratamiento ambulatorio y reinserción social.
- Comunidad terapéutica: tratamiento estructurado de carácter ambulatorio.
- Programa de atención en el Centro Penitenciario de Logroño.

Asociación Riojana para la Atención a Personas con Problemas de Drogas (ARAD):

- Programa de atención general.
- Programa de reducción de daños: dispensación de metadona.
- Programa de coordinación con la red pública para la atención a drogodependientes.
- Programa de atención en el Centro Penitenciario de Logroño.

Cruz Roja:

- **Programa libre de drogas en el Centro Penitenciario de Logroño.**
- **Apoyo al programa y las actuaciones de reducción de riesgos y daños en prisión.**

Federación de Asociaciones de Alcohólicos en Rehabilitación de La Rioja (FRAAR):

Las tres asociaciones que la conforman ofrecen los mismos servicios:

- Asociación Riojana de Alcohólicos Rehabilitados (A.R.A.R)
 - Grupo de alcohólicos en rehabilitación de Valvanera (G.A.R.V.A)
 - Asociación Riojana de Alcohólicos Rehabilitados de Nájera (ARARNA)
- Información y sensibilización sobre alcoholismo.
 - Grupo de autoayuda.

Alcohólicos Anónimos:

- Información y tratamiento del alcoholismo.

Asociación Española Contra el Cáncer (A.E.C.C):

- Prevención y tratamiento del tabaquismo.
- Comisión Ciudadana Antisida de La Rioja.
- Información y asesoramiento a drogodependientes.
- Programa de intercambio de jeringuillas (P.I.J)

Asociación Riojana de Jugadores de Azar (A.R.J.A):

- Información y tratamiento de jugadores patológicos.

10.2 COMPARACIÓN DE RECURSOS

Tabla 2: Recursos participantes en el trabajo

	Profesionales	Servicios	Usuarios	Metodología de intervención	Resultados
Recursos					
A.R.A.D	9 profesionales: 3 psicólogos, 2 trabajadores sociales a media jornada, 1 educadora social, 1 enfermera, 1 auxiliar de clínica, 1 administrativo.	<p><i>Programa de menores infractores consumidores de drogas.</i></p> <p><i>Programa de dispensación de metadona.</i></p> <p><i>Programa de atención general.</i></p> <p><i>Programa de comunidades terapéuticas.</i></p> <p><i>Programa de prisión.</i></p> <p><i>Programa de familias.</i></p> <p><i>Programa de prevención y sensibilización.</i></p> <p><i>Programa de coordinación con la Red de Salud Mental del Gobierno de La Rioja.</i></p>	<p>264 (aprox.) y sus familias.</p> <p>Edad media: 32 años.</p> <p>Desde los 14 años hasta > de 45.</p> <p>El intervalo más prolífero es entre 26 y 44 años con un total de 155.</p>	<p>El equipo valora las necesidades de cada caso de forma individual.</p> <p>Se interviene de forma individual, teniendo en cuenta las particularidades de cada caso.</p> <p>Por otro lado, están los grupos terapéuticos, donde se trabajan aspectos comunes entre los usuarios que lo precisen.</p> <p>Con la familia se trabaja de la misma manera paralelamente.</p> <p>El seguimiento es de 1 año y medio y una vez finalizado el proceso (de forma progresiva), se realiza una evaluación telefónica 6 meses después.</p>	<p>Tienen indicadores de evaluación propios: de calidad, según altas, abandonos... Pero no están a favor de los porcentajes en cuanto al éxito, ya que cada caso es un mundo, las recaídas van y vienen, etc.</p>
S.G.P.M.A	3 profesionales: 1 psicóloga y 2 trabajadoras sociales.	---	60	<p>Ejecutan la sentencia de tratamiento que dicta el juez.</p> <p>Se hace una valoración inicial.</p> <p>Se concierta una cita.</p>	<p>--- Lo llevan a cabo las asociaciones.</p>

				Se analiza íntegramente su situación. Se deriva al recurso más apropiado: Proyecto Hombre, A.R.A.D, Cruz Roja, etc.	
F.R.A.A.R	2 profesionales: 1 trabajadora social y 1 psicólogo (quincenalmente).	<i>Grupos de ayuda mutua supervisados por un alcohólico rehabilitado.</i> <i>Prevención y sensibilización.</i>	100 (aprox.)	Se informa y se coordina con las asociaciones para derivarles a la más adecuada. Una vez derivados, se les hace una entrevista de acogida y se comienza en los grupos de ayuda mutua.	75% del éxito El 25% no vuelve o sufre recaídas.
Hospital San Pedro	2 trabajadoras sociales.	---	0 (no ingresan a pacientes para intervenir en el ámbito de las adicciones expresamente) Sólo tratan alguna ocasión, casos de bebedores sociales.	-----	---
Proyecto Hombre	18 profesionales: psicólogos, trabajadores sociales, educadores sociales, antropólogos, etc. Y + de 100 voluntarios.	<i>Programa de tratamiento ambulatorio.</i> <i>Programa joven.</i> <i>Programa de reinserción social.</i> <i>Programa de atención al centro penitenciario.</i> <i>Programa residencial de Comunidad Terapéutica.</i> <i>Programa de menores con</i>	418 usuarios y 483 familias. Rondan los 35 años de media. Desde los 13 hasta > de 40. Un 33% tienen > de 40 y un 32% entre 31 y 40.	Se hace la valoración inicial por parte de todos los profesionales y se elabora el diagnóstico. Se deriva al programa más adecuado. Se marcan objetivos. Los mínimos son la abstinencia y dotarles de herramientas. Se trabaja paralelamente con la familia y con la pareja. Se trabaja por áreas y de manera integral, empleando el	Un porcentaje elevado de éxito de los que terminan el proceso. Los que presentan problemas de salud mental, tienen peor pronóstico.

		<i>responsabilidad penal.</i> <i>Programa de alcohol.</i> <i>Programa de patología dual con expertos en psiquiatría.</i> <i>Programas de fin de semana.</i> <i>Prevención y sensibilización.</i>		modelo biopsicosocial. El proceso tiene una duración máxima de 1 año. Una vez rehabilitados, comienza la etapa de acompañamiento para lograr la reinserción. La evaluación se lleva a cabo con indicadores.	
Centro Penitenciario de Logroño	4 profesionales: 1 psicólogo, 1 médico, 1 educador social y la Coordinadora de trabajo social. + 1 representante por cada asociación colaboradora (6).	<i>Tratamiento ambulatorio.</i> <i>Comunidad terapéutica.</i>	40 (aprox.) Todos mayores de 18 años.	Ellos preparan a los presos para que las asociaciones lleven a cabo el proceso de intervención. Los tratamientos se llevan a cabo dentro del centro penitenciario (las asociaciones se desplazan), excepto en los casos que el juez sentencie que el penado puede ir a comunidad terapéutica a vivir.	Incremento del éxito después de la época de los 90. Hay menos sobredosis y más calidad de vida. Asegura que tienen que empezar de cero muchas veces.

Fuente: elaboración propia a partir de las entrevistas.

10.3 BUENAS PRÁCTICAS

- “Bebed menos”:

En el año 2002, en Cataluña, se implementó el programa “Beveu menys” (Bebed menos), donde se formó a los profesionales de Atención Primaria, para poder realizar detección precoz e intervenciones breves con bebedores de riesgo. Y, además, se les dio un papel protagonista en el proceso de atención.

Con ello se consiguió un aumento significativo en la detección de los casos y de las derivaciones.

- Proyecto Hombre:

- En mayo de 2014, Proyecto Hombre convocó sus XVI Jornadas de la asociación, titulándolas “Nuevos modelos de intervención en adicciones.”

En ellas se trataron temas de interés, se realizaron mesas redondas, y sobre todo se habló de la evolución de la entidad y de todo aquello que va incluyendo según la sociedad evoluciona.

- En 2012 realizaron un estudio para analizar la efectividad de las intervenciones y ver qué se podía hacer para mejorarlas. (Observatorio Proyecto Hombre 2012)

Se basaron en los datos alarmantes del consumo en España y en la idea de (Chambers, 1995) de que la definición de los perfiles facilita el diseño, la adaptación, la implementación y el impacto social de intervenciones cada vez más eficaces e individualizadas. Ello desde la óptica de abordar las intervenciones de forma integral basándose en el modelo biopsicosocial (Entrevista 5).

En él, identificaron problemáticas como la poca accesibilidad de las mujeres a los tratamientos, representando tan solo un 9% de la totalidad de los usuarios; la necesidad de aumentar la intensidad de la sensibilización; el desarrollo de estrategias y protocolos de intervención temprana, etc.

- Tras experimentar el aumento de casos con patología dual, se implementó el “Programa de patología dual”, para tratar con especificidad dichos casos, contando con la atención constante de expertos en psiquiatría.

- Apuestan por nuevos objetivos, metodología y aportaciones al método tradicional de comunidad terapéutica.

En Proyecto Hombre Baleares, instauran ya a principios de los 90 un modelo de tratamiento muy estructurado, de larga duración, sin componentes religiosos y con una clara vocación de trabajar con las personas desde la globalidad.

- En relación a esto, tras las revisiones anuales del 2007-2008, se comprueba que la Comunidad Terapéutica Tradicional todavía existente, no responde adecuadamente a las necesidades y motivaciones de los usuarios.

Algunas de las medidas que se llevaron a cabo fueron:

- Fortalecer el sentimiento de pertenencia, agrupando a aquellos usuarios que compartiesen factores en el proceso.
- Utilizar lenguaje empático y cercano.
- Apoyarse en la resiliencia como un pilar fundamental del proceso.
- Resaltar las capacidades y dejar en un segundo plano las dificultades.
- **Individualizar los procesos terapéuticos**, entendiendo así que existen factores comunes, pero no se pueden generalizar los casos. Se realiza un Plan Individual los tres primeros meses. En él, se reflejan las áreas: comportamental, familiar, historia de consumo, cognitiva, afectivo-emotiva, médica, sociolaboral, judicial y trabajo histórico por realizar. Es un **co-diagnóstico** entre el profesional y el usuario. Además, se convirtió en un elemento clave para los **criterios de calidad** de la entidad.

- **Unificar los equipos de acogida, Comunidad Terapéutica y Reinserción.**

Tras estos avances, la efectividad de las intervenciones aumentó de un 45,6% en 2011 (año en el que se implementaron las modificaciones), como la tasa más baja de los últimos años; a un 59,6% en 2013, tan solo dos años después.

- Apuestan a su vez por la integración de la **perspectiva de género** en las intervenciones.

Aun así, reconocen que queda mucho por hacer y que cuesta ya que estamos acostumbrados a vivir en una sociedad de “hombres consumidores” (E5).

- En Logroño, están diseñando un proyecto junto con el Centro Penitenciario, de un nuevo módulo, tanto físico como de organización, llamado “libre de drogas”. (E5; E6)

11. ¿QUÉ ES LO QUE TENEMOS Y QUÉ PODEMOS HACER?

Es cierto que los términos de eficacia y eficiencia aún se confunden en la práctica profesional, y ninguna de las entidades supo responder con total claridad sobre los resultados de sus intervenciones, ya que en el ámbito de las drogodependencias hay muchos altibajos. Para valorarlas, se deben tener en cuenta muchos factores y no sólo los porcentajes. Por ello, la manera de medir ambas, es bastante subjetiva.

La realidad actual es que el consumo de drogas, en general, ha disminuido en una proporción insignificante y lo que realmente han cambiado son los patrones de consumo, las vías de consumo y las sustancias más consumidas.

Las mujeres drogodependientes siguen sufriendo el estigma a nivel social y también institucional, ya que no en todas las entidades se actúa desde la perspectiva de género.

Al igual que no se puede intervenir de la misma manera con un adolescente de 15 años consumidor de cannabis, que con un hombre de 60 años consumidor de heroína; no se puede intervenir de igual forma con un hombre y una mujer, y mucho menos teniendo en cuenta la cultura patriarcal que caracteriza nuestros días.

Todos los recursos abordan cada caso de forma individualizada, multidisciplinar y aprovechando el sentimiento de pertenencia para garantizar la adhesión al proceso. También, todos ellos estratifican sus programas según el nivel de adicción, el patrón de consumo y el tipo de sustancia.

La mayoría de los recursos tienen un tiempo límite para efectuar el tratamiento, lo cual en algunos casos puede ser un factor de riesgo para el fracaso de la intervención. Puede que ejerza presión sobre el usuario y no le deje evolucionar a su manera. Hay

profesionales que piensan que, si no lo consiguen en ese determinado espacio de tiempo, “es que no era su momento”; y otros que piensan que “la ausencia de motivación no excluye el tratamiento, sino que te impone otro ritmo.”

Hay una falta de coordinación entre las Unidades de Salud Mental y las entidades, ya que sienten una necesidad de atención psiquiátrica constante y de urgencia, que a día de hoy sin embargo no reciben. Reconocen que los procesos son lentos, con escasos horarios, etc. Queda mucho camino hasta que las personas con adicciones se integren en la red normalizada.

Algunas abogan al estigma que todavía hay desde psiquiatría, pero se podría extrapolar, en cierto modo al estigma de la sociedad en general. Aun teniendo toda la información al alcance de todos, parece que sigue habiendo una desinformación generalizada como en los años 80.

Las campañas de prevención no están llegando bien a los receptores. La percepción de riesgo de la gente joven es mínima, y cada vez la edad de inicio de consumo es más baja. Esto sumado a las pocas alternativas de ocio que hay para adolescentes, es un factor de riesgo gravísimo. Este mismo hecho, también se aplica a la tercera edad, donde se dan unos niveles muy altos de consumo de alcohol.

La escasez de recursos económicos también supone un problema a la hora de intervenir, ya que muchas entidades son ONGs o financiadas por el Gobierno de La Rioja, y sufren la crisis del Estado de Bienestar en su día a día como profesionales.

La población de las zonas rurales sale perjudicada ya que no tienen tantas facilidades para acceder a los recursos igual que quien vive en la capital o en menor medida, en Calahorra, donde Proyecto Hombre también interviene.

Los procesos de intervención son muy largos, y no hay recursos que garanticen el éxito a largo plazo una vez finaliza la rehabilitación. En especial, los más damnificados son los presos una vez quedan en libertad. Desde el Centro Penitenciario piden que se cree un recurso o medio de actuación para estabilizar su reinserción en la sociedad. Se debe trabajar la normalización laboral y social, desde los Centros de formación y las empresas públicas y privadas.

Se cree que la heroína ya no afecta tanto al no registrarse la cantidad de muertes de antaño, y al no ser la droga más cotidiana, pero sigue siendo un problema grave para la salud pública y las nuevas vías de consumo es un agravante de cara al futuro.

Actualmente, se habla de una “tercera epidemia” de las sustancias químicas, ya que están en cabeza en la lista de sustancias consumidas y los daños que están generando son muy elevados. Desde fuera, quizás no se le tiene apenas miedo, como pasó con la heroína, ya que los daños no son tan visibles.

Sin embargo, no tiene menor gravedad o importancia. Esto tiene mucho que ver con el concepto que se tiene de las personas drogodependientes. Al ser una enfermedad del comportamiento, que afecta al cerebro, se excusa con “eso es por vicio”, “están así porque quieren...” como suele pasar con la mayoría de los trastornos mentales, como la depresión, por ejemplo.

Es un problema generalizado en el concepto de salud, y es que no solemos relacionar lo físico de lo mental. El uno sin el otro ni siquiera tendrían cabida, por lo que no se debería obviar que lo que le ocurra a uno repercute al otro.

En cuanto al ámbito legal, no existe una ley como tal que proteja a las personas con adicciones como colectivo vulnerable debido a su enfermedad, sino que se centran en la protección de la salud pública, la disminución de oferta y demanda, de consumo y en las respectivas sanciones con las sustancias ilegales.

En el País Vasco, se creó la *Ley 1/2016, de 7 de abril de Atención integral de Adicciones y Drogodependencias*. Se ha querido hacer referencia a esta ley ajena a nuestra Comunidad, ya que se considera necesaria la existencia de más leyes que contemplen la atención integral en sí.

Además, en cuanto a los estudios y Planes, están muy desactualizados. La última encuesta EDADES es de 2015 y el Plan Nacional sobre drogas, es del año 2000; así como otras fuentes de información sobre drogas.

Parece insignificante, pero la situación de las drogas en nuestro país ha cambiado mucho y muy rápido; aunque no a mejor, sino de diferente manera.

En La Rioja, tampoco está muy desarrollado el ámbito de la investigación, lo cual sería muy positivo para trabajar con los altos porcentajes de consumo; especialmente en las

zonas rurales, siendo a su vez las más desprotegidas. Además de favorecer la detección, y conocer de forma más cualitativa este fenómeno.

En conclusión: todavía, y desde hace muchos años, se está trabajando para tener una idea exacta de la dimensión real del problema en La Rioja para poder lograr la unificación de toda la información y mejorarla a nivel global.

Queda mucho trabajo, y la escasez de recursos ralentiza el proceso. Y sobre todo, se debe empezar por un cambio social, para lograr uno institucional.

11.1 PROPUESTAS PARA UN FUTURO DE BUENAS PRÁCTICAS

Es cierto que, en muchos recursos (Proyecto Hombre, A.R.A.D, ...) se ha avanzado a la hora de intervenir con los nuevos modelos de sociedad, los nuevos consumos, etc., pero no existe uno que no tenga carencias en algún sentido.

Se propone el diseño de un recurso donde no nos centremos en la sustancia en sí, sino en el individuo, el origen de la adicción y los hábitos no compatibles con este. Donde las bases de la actuación sean:

- Resiliencia.
- Autoconcepto.
- Inteligencia emocional, para encontrar aquello que nos hace daño y poder remediarlo.
- Centrado en las capacidades y no en las debilidades.
- El individuo como protagonista de la intervención.

Desde el cual, se harán campañas de prevención y concienciación, para jóvenes desde los once años (la edad de inicio de consumo de alcohol actual es de 13,8 años).

Dichas campañas se centrarán en hábitos de vida saludable, y no tanto en las sustancias, ya que incitan al consumo experimental por curiosidad. Y a su vez, se contarán experiencias de vida de personas adictas rehabilitadas; algo beneficioso para ambas partes.

Por otro lado, se lanzará un mensaje claro a la sociedad. Es una enfermedad, hay que romper el estigma, como por el contrario hay que erradicar la normalización existente y aumentar la percepción de riesgo.

Se establecerá un protocolo específico y una coordinación 24h entre los recursos y las Unidades de Salud Mental y Urgencias, para la detección temprana y la retención de dichos individuos con el objetivo de iniciar el proceso lo antes posible.

Se establecerá un tratamiento de intervención indefinido. Cada usuario establecerá sus tiempos y será el recurso el que se adapte a él en su totalidad. Siempre y cuando se muestren actitudes y voluntad de cambio. Será un proyecto de intervención basado en la cooperación y la coactividad entre ambas partes (profesionales-usuario).

En cuanto a las intervenciones conjuntas y grupos terapéuticos, se agruparán por rangos de edad, y perfiles similares. Entre una generación y otra, se encuentran factores de riesgo muy dispares entre sí debido a la cultura, que deben tratarse de diferente manera. También se asociarán según el patrón de consumo, y el nivel de adicción y sustancia, pero centrándose en el origen de ello.

Se empleará la perspectiva de género en cada paso, educando y enfocado a ambos géneros.

Por supuesto, como ya se lleva a cabo, se trabajará con el entorno próximo y sus familias y se les proporcionará acompañamiento en todo el proceso, incluso y haciendo hincapié, una vez esté rehabilitado su familiar o ser querido. Las familias, en muchos casos, se quedan desestructuradas y necesitan de apoyo para recomponerse.

Con la información de los informes de casos, y con autorización de los usuarios, se intentará contribuir en investigación y en los estudios para actualizar la situación de consumo en La Rioja.

Por último, se creará una red de apoyo comunitaria entre entidades, ONGs, etc. para que una vez terminada la rehabilitación y la reinserción, se les acompañe en el camino ejerciendo de soporte si se encuentran con dificultades. Se incluirán los expresidarios del Centro Penitenciario de Logroño.

12. BIBLIOGRAFÍA

- Adicciones y otros trastornos mentales. (2018). *Patología Dual*. Madrid: Sociedad Española de Patología Dual.
- Altell, G. y Plaza, M. (2005). Abuso de alcohol y violencia doméstica desde una perspectiva de género. *Salud y drogas*, 5 (2), p.99-p.115. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/839/83905206/>
- Bastón, E., Gómez, S. y Couñago, M. (2009). Hacia un enfoque de género en Comunidad Terapéutica. *Revista Española de Drogodependencias*, 34 (1), p.89-p.98. Recuperado de http://www.aesed.com/descargas/revistas/v34n1_7.pdf
- Becoña, E. (2007). Factores de riesgo y protección para el consumo de drogas. Junta Nacional de Drogas. Uruguay. Recuperado de <http://www.infodrogas.gub.uy/html/actividades/documentos/Uruguay.5.FactoresRiesgoProteccion.27.8.07.pdf>
- Becoña, E. y Martín, E. (2004). *Manual de Intervención en Drogodependencias*. Análisis e Intervención Social. Madrid: Editorial Síntesis.
- B.O.E. (2018). *Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado*. Madrid, España: Gobierno de España.
- Bouza, A. (2000). Reflexiones acerca del uso de los conceptos de eficiencia, eficacia, y efectividad en el sector de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 26 (1), p.50-56. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v26n1/spu07100.pdf>
- Del Pozo, J. (1999). III Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones. *Boletín Epidemiológico Riojano*, (135), p.927- p.924. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4788039.pdf>
- Estrategia Nacional sobre Drogas. (2013). *Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016*. Madrid, España: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

- García del Castillo, J.A. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Salud y drogas*, 12 (2), p. 133-p. 151. Recuperado de <http://umh1365.edu.umh.es/wp-content/uploads/sites/95/2013/02/2012-CONCEPTO-DE-PERCEPCI%C3%A9N-DE-RIESGO-Garc%C3%ADa-del-Castillo.pdf>
- Herández, M., Solano, J.C. (2007). Drogo dependencias: un enfoque de género y estratificación social. *Inguruak*, 44, p. 273- p. 288. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Juan_Lucas/publication/41175748_Drogo dependencias_un_enfoque_de_genero_y_estratificacion_social/links/5431af390cf27e39fa9f94e9/Drogo dependencias-un-enfoque-de-genero-y-estratificacion-social.pdf
- Infodrogas. (2018). *Drogas*. CAR. Recuperado de <https://www.infodrogas.org/drogas/que-son-las-drogas?showall=1&limitstart>
- Instituto de Adicciones de la Comunidad de Madrid (2012). *Protocolo de Intervención desde el Trabajo Social en los Centros de Atención a las Drogo dependencias del Instituto de Adicciones*. Madrid: Edición digital. Recuperado de <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/buenasPracticas/protocolos/pdf/ProtocoloIntervSocial.pdf>
- Mayor, J. (1995). Las drogo dependencias como objeto del Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social*, (8), p.213-p.239. Madrid, España: Servicio de Publicaciones. Universidad Complutense.
- Megías, E. (dir.), Rodríguez, E., Megías, I., y Navarro, J. (2004). *La percepción social de los problemas de drogas en España*. Madrid, España: Editorial FAD. Recuperado de: <https://www.fad.es/sites/default/files/percepII.pdf>
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2017), *España, Informe del país sobre drogas*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.

- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2017). *Informe 2017: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid, España: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Observatorio Riojano sobre Drogas (1998). *Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones*. Logroño, España: Consejería de Salud, Consumo y Bienestar social.
- Organismo Autónomo del Gobierno Vasco. (2009). *Drogas y género*, p.50-p.75. País Vasco, España: Editorial Farapi S.L.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Washington, D.C, E.E.U.U: Editorial OPS.
- Plan Nacional sobre Drogas. (2015). *EDADES 2015-2016: Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España*. Madrid, España: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Plan Nacional sobre Drogas. (2017). *Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024*. Madrid, España: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Plan Nacional Sobre Drogas. (2009). *Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016*. Madrid, España: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Plan Nacional sobre Drogas. (2018). *Legislación española sobre drogas*. Madrid España: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- *Plan Nacional sobre Drogas*. (2000). Madrid, España: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Proyecto Hombre. (2014). Nuevos modelos de intervención en adicciones. Revista de la asociación Proyecto Hombre, (84), p.8-p.68. Recuperado de https://proyectohombre.es/wp-content/uploads/2011/11/Revista-PH_84_2.pdf.

- Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española*. 21 ed. Madrid: Espasa Calpe, 1992; tl:792,791.
- RiojaSalud. (2010). *Drogas y Atención Primaria. Guía práctica de intervención sobre el abuso de alcohol y otras drogas*. Logroño, España: Gobierno de La Rioja.
- RiojaSalud (2015). *III Plan de Salud de La Rioja 2015-2019*. Logroño, España: Delegación del Gobierno de La Rioja.
- RiojaSalud. (2009). *II Plan Riojano de Tabaquismo 2009-2013*. Logroño, La Rioja: Consejería de Salud, Consumo y Bienestar social.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2015) *Drogodependencia*. Madrid, España: Gobierno de España.
- Szerman, N., Roncero, C. y Casas, M. (2016). *Protocolos de intervención patología dual*. Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid. Recuperado de <http://www.edikamedformacion.com/cursos/22/pdf/1-Intro-PDUAL-Dr-Szerman.pdf>
- Zúñiga, E. (2005) Juventud y drogas. *Literatura y contenidos seleccionados*. Recuperado de https://www.apocatastasis.com/consumo-drogas-valoracion-moral.php#3_valoracion

13. ANEXOS

13.1 Anexo I: Entrevista abierta semiestructurada

Entidad:

Fecha: __/_____/2018

Participantes:

- Entrevistadora: Alba Lobato Miranda
- Entrevistado/a:

Objetivos:

1. Presentar el Trabajo de Fin de Grado.
2. Conocer la tipología de las intervenciones de la entidad.
3. Conocer la eficacia/eficiencia de estas.
4. Conocer la opinión de lo que se está realizando y expectativas de mejora desde el área de Trabajo Social de la entidad.

Metodología:

- Entrevista abierta semi-estructurada

Guion:

- 1- ¿Qué profesionales conforman el equipo?
- 2- ¿Cuántos usuarios están en este momento en el/los programa/s?
- 3- ¿Cuál es la edad media de los usuarios? ¿Y el intervalo de edad?
- 4- ¿Qué tipo de consumos y sustancias tratáis actualmente?
- 5- ¿Hay diferencia numérica entre hombres y mujeres? ¿Y entre las sustancias que consumen los hombres y las mujeres?
- 6- **Cuéntame cómo son los tipos de intervención existentes (su metodología, objetivos, seguimiento, evaluación...)**
- 7- ¿De qué manera se abarcan los casos desde cada área de intervención? ¿De forma integral, por separado...?

- 8- Suponiendo que cada caso tiene un plan de actuación individualizado, ¿comparten elementos comunes todas las intervenciones? ¿en qué diferenciáis más entre unos u otros? ¿el tipo de sustancia, el género...?
- 9- ¿Cuál es el nivel de eficacia de los programas? ¿Y eficiencia? ¿Cuáles son los indicadores de evaluación?
- 10- ¿Cuál ha sido la evolución de la intervención desde el origen? ¿Habéis experimentado cambios según la evolución de la sociedad, de los diferentes consumos...?
- 11- ¿Empleáis técnicas o herramientas de intervención innovadoras? Si es así, ¿cuáles?
- 12- ¿Tenéis pensado añadir nuevas intervenciones de cara al futuro?
- 13- ¿Consideráis que existen lagunas en la atención integral/intervenciones de este colectivo?
- 14- ¿Qué consideras que se debería modificar/añadir para garantizar un mayor éxito en las intervenciones?